

Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

**PROVJERA FAKTORSKE STRUKTURE I PSIHOMETRIJSKIH  
KARAKTERISTIKA HRVATSKOGA PRIJEVODA UPITNIKA  
METAKOGNITIVNIH UVJERENJA O ZDRAVSTVENOJ ANKSIOZNOSTI**

Diplomski rad

Ira Brezak

Zagreb, 2018.

## SADRŽAJ

<b>UVOD</b>	1
<i>Metakognicija</i>	1
<i>Metakognitivni model emocionalnih poremećaja</i>	3
<i>Zdravstvena anksioznost</i>	6
<i>Mjerenje metakognicije</i>	8
<b>CILJ</b>	11
<b>PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA</b>	11
<b>METODA</b>	12
<i>Sudionici</i>	12
<i>Instrumenti</i>	13
<b>REZULTATI</b>	17
<i>Deskriptivna statistika</i>	17
<i>Faktorska struktura</i>	18
<i>Pouzdanost</i>	21
<i>Konvergentna valjanost</i>	22
<b>RASPRAVA</b>	23
<i>Metolodoška ograničenja i preporuke za buduća istraživanja</i>	26
<i>Praktične implikacije</i>	28
<b>LITERATURA</b>	30
<b>PRILOZI</b>	35
<i>Prilog A</i>	35
<i>Prilog B</i>	36
<i>Prilog C</i>	38

## SAŽETAK

### *Provjera faktorske strukture i psihometrijskih karakteristika hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti*

Ira Brezak

Prema metakognitivnom modelu, emocionalni poremećaji nastaju iz disfunkcionalnih metakognitivnih uvjerenja. U svrhu boljeg razumijevanja zdravstvene anksioznosti i njezinih mehanizama razvijen je Upitnik metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti (MCQ-HA, Bailey i Wells, 2015). Cilj ovog istraživanja bio je provjeriti njegovu faktorsku strukturu i psihometrijske karakteristike, točnije pouzdanost tipa unutarnje konzistencije te konvergentnu valjanost hrvatskoga prijevoda ovoga upitnika. Istraživanje je provedeno *online* metodom snježne grude, na nekliničkom uzorku od 441 punoljetnog sudionika (68% Ž, 32% M). Provedena je eksploracijska faktorska analiza metodom zajedničkih faktora s kosokutnom *promax* rotacijom te su dobivena tri faktora koji su nazvani Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest, Uvjerenja o pristranom razmišljanju i Uvjerenja da su misli nekontrolabilne, što je u skladu s ranijim istraživanjima. Faktori su međusobno u umjerenim do visokim korelacijama. Dobiveni rezultati nadalje upućuju na visok stupanj pouzdanosti unutarnje konzistencije za ukupan rezultat i podljestvice te zadovoljavajuću konvergentnu valjanost, što potvrđuju pozitivne povezanosti s Upitnikom zdravstvene anksioznosti, Kratkom skalom cyberhondrije, Upitnikom anksiozne osjetljivosti te Upitnikom netolerancije na neizvjesnost. Zaključeno je kako je MCQ-HA zadovoljavajućih psihometrijskih karakteristika. Izložene su praktične implikacije i ograničenja ovog istraživanja te su dane preporuke za buduća istraživanja.

*Ključne riječi:* metakognitivna uvjerenja, zdravstvena anksioznost, faktorska struktura, pouzdanost, konvergentna valjanost

## ABSTRACT

### *Evaluation of factor structure and psychometric properties of the Croatian translation of the Metacognitive Beliefs in Health Anxiety Questionnaire*

Ira Brezak

According to the metacognitive model, emotional disorders emerge from dysfunctional metacognitive beliefs. For the purpose of better understanding of health anxiety and its mechanisms, Metacognitive Beliefs in Health Anxiety Questionnaire was developed (MCQ-HA, Bailey & Wells, 2015). The aim of this study was to examine the factor structure and psychometric properties of this questionnaire, specifically internal consistency and convergent validity of the Croatian translation. An online survey was conducted using the snowball method with a non-clinical sample of 441 adults (68% F, 32% M). Principal axis factor analysis with *promax* rotation yielded three factors, named Beliefs that thoughts can cause illness, Beliefs about biased thinking and Beliefs that thoughts are uncontrollable, which is consistent with previous research. Factors are moderately to strongly correlated with each other. The results indicate a high level of internal consistency of the overall result and subscales, as well as an acceptable convergent validity, confirmed by positive correlations with Health Anxiety Questionnaire, Short Cyberchondria Scale, Anxiety Sensitivity Index-3 and Intolerance of Uncertainty Scale. It was concluded that the MCQ-HA has satisfactory psychometric properties. Limitations and practical implications are discussed, as well as the recommendations for future research.

*Key words:* metacognitive beliefs, health anxiety, factor structure, reliability, convergent validity

## UVOD

### *Metakognicija*

Metakogniciju možemo definirati kao kogniciju o kogniciji (Flavell, 1979), odnosno kao bilo koje znanje ili kognitivni proces koji je uključen u procjenu, nadgledanje ili kontrolu mišljenja, pamćenja, prosudbi i pažnje (Moses i Baird, 1999). Glavna su istraživačka područja koja se bave ovim konceptom razvojna psihologija, eksperimentalna i kognitivna psihologija te psihologija obrazovanja (Efklides, 2008). Postoji znatan istraživački interes za metakogniciju u području neuropsihologije i socijalne kognicije. U posljednje vrijeme sve je više zanimanja za metakogniciju iz perspektive kliničke psihologije, čime će se i ovaj rad baviti. Tako Wells (1995) navodi da su dvije vrste kognicije važne za razumijevanje emocionalnih poremećaja: vrednovanje vanjskih događaja i nekognitivnih unutarnjih podražaja te vrednovanje same kognicije, što se odnosi na metakogniciju. Pritom se emocionalni poremećaj definira kao problem u kojem je osoba zarobljena u stanju psihološkog distresa, koje može biti kronično ili ponavljajuće (Wells, 2009). Psihološki distres odnosi se na subjektivno iskustvo neugode uzrokovano brojnim čimbenicima koje se može manifestirati kroz anksiozne i depresivne simptome, tjelesne tegobe te osjećaj zbunjenosti i bespomoćnosti u vezi s mogućnošću rješavanja problema (Sherman i Thelen, 1990; Prochaska i Norcross, 1983).

Unatoč prijemima među teoretičarima u pogledu toga koje aspekte ona uključuje, metakognicija je prihvaćena kao model kognicije koji djeluje na meta-razini te je pomoću nadgledajućih i kontrolnih funkcija povezana s kognicijom, koja spada u objektnu razinu (Nelson i Narsen, 1994). Prema tome, ona ima dvojnu ulogu: pomoću nadgledajućih procesa stvara reprezentaciju kognicije, na temelju koje s druge strane vrši kontrolu kognicije. Ipak, ponekad je razlikovanje ovih dviju funkcija otežano zbog velikog broja faceta metakognicije. Smatra se da postoje dvije osnovne manifestacije nadgledajuće funkcije: metakognitivna znanja i metakognitivna iskustva (Flavell, 1979), dok su metakognitivne vještine manifestacije kontrolne funkcije.

Wells (2002) razlikuje navedena tri aspekta metakognicije (metakognitivno znanje, iskustva i kontrolne strategije) u razumijevanju brige kod generaliziranog

anksioznog poremećaja. Oni se mogu primijeniti na emocionalne poremećaje općenito, od kojih će u fokusu ovog rada biti zdravstvena anksioznost, trajan strah od bolesti često praćen neispravnom interpretacijom tjelesnih simptoma kao znakova ozbiljne bolesti (Jones, Hadjistavropoulos i Gullickson, 2014).

Metakognitivno znanje podrazumijeva teorije i uvjerenja koja imamo o svojim kognitivnim procesima (Wells, 2002). Potrebno je razlikovati eksplicitno i implicitno metakognitivno znanje. Eksplicitno metakognitivno znanje nalazi se na svjesnoj razini i može se izraziti riječima. Primjerice, zdravstvena anksioznost povezana je s metakognitivnim uvjerenjima o opasnosti brige i nemogućnosti njezine kontrole (Bouman i Meijer, 1999). Implicitno se metakognitivno znanje ne može izraziti u verbalnom obliku te nije dostupno svjesnosti. Ono obuhvaća planove i pravila obrade informacija, koji mogu biti jednako važni za emocionalni poremećaj kao eksplicitno znanje.

Metakognitivna iskustva odnose se na metakognitivne emocije i prosudbe kognicije te mogu biti povezana s emocionalnim poremećajima na više načina (Wells, 2002). Mnogi su poremećaji povezani s negativnim metakognitivnim prosudbama, svjesnim interpretacijama kognitivnih iskustava. Na primjer, iako pojedinci s izraženom zdravstvenom anksioznošću imaju negativna uvjerenja o brizi u smislu da je percipiraju ometajućom ("Sigurno sam lud što mislim da imam rak."), s druge strane je pozitivno vrednuju kao neku vrstu zaštite od najgoreg ishoda, odnosno bolesti (Wells i Hackmann, 1993). Nelson, Kruglanski i Jost (1998) razlikuju dvije vrste informacija koje su osnova metakognitivne prosudbe: trenutačne osjećaje i implicitne teorije koje su dugotrajnije. Rezultati eksperimenta Schwarza i Clorea (1983) pokazali su da ljudi koriste svoja trenutna afektivna stanja kao izvor informacija za prosudbe i vrednovanja, čime su ukazali na informacijsku i usmjeravajuću funkciju emocija. Stajalište da emocije služe kao izvor informacija za prosudbe i vrednovanja Matthews i Wells (2014) primijenili su na emocionalni poremećaj tvrdeći da emocije mogu utjecati na obradu na implicitnoj razini. Pojedinci s emocionalnim poremećajem skloni su koristiti emocije kao izvor informacija za procjenu prijetnje i reguliranje strategija suočavanja sa stresom. Tako zdravstveno anksiozni pojedinci u stanjima izrazitog stresa uslijed negativne interpretacije simptoma intenziviraju osjećaj percipirane prijetnje te traže

razuvjeravanje od liječnika ili bližnjih s ciljem reguliranja vlastite anksioznosti (Salkovskis i Warwick, 1986).

Metakognitivne su kontrolne strategije odgovori pojedinaca prilikom kontroliranja vlastitih kognitivnih aktivnosti (Wells, 2002). Kod kliničkih poremećaja te se strategije sastoje od pokušaja kontroliranja vlastite struje svijesti. Emocionalni se poremećaji mogu povezati sa strategijom "nadziranja prijetnje" (Wells i Matthews, 1994; prema Wells, 2002), koja uključuje zadržavanje pažnje na unutarnjim ili vanjskim izvorima prijetnje. U slučaju zdravstvene anksioznosti, unutarnji su izvori prijetnje simptomi kojima je osoba preokupirana, a vanjskim izvorom prijetnje može biti percipirana bilo koja nova zdravstvena informacija od strane medicinskog osoblja, pa čak i ona pozitivna (Wells i Hackman, 1993), kao što je interpretacija nalaza koji ukazuju na odsutnost ozbiljne bolesti. Wells i Matthews (1994; prema Wells i Matthews 1996) predlažu metakognitivni model emocionalnog poremećaja koji govori kako su regulacija mišljenja i metakognitivna uvjerenja povezana sa psihičkim poremećajima.

#### *Metakognitivni model emocionalnih poremećaja*

Kognitivne teorije emocionalnih poremećaja polaze od pretpostavke da su psihički poremećaji povezani sa smetnjama u razmišljanju. Jedna je od njih Beckova (1967) teorija shema koja govori da su sheme (kognitivne strukture) u podlozi pacijentovih percepcija i interpretacija. Primjerice, za anksioznost i depresiju svojstvene su negativne automatske misli i kognitivna iskrivljenja koja proizlaze iz negativnih vjerovanja pohranjenih u dugoročnom pamćenju. Kod depresije se negative sheme stečene zbog uznemirujućeg događaja u djetinjstvu ili adolescenciji aktiviraju u situacijama koje nalikuju uvjetima u kojima su naučene te potiču kognitivne pristranosti (Davison i Neale, 2002). Općenito govoreći, emocionalni su poremećaji, prema ovoj teoriji, povezani s aktivacijom disfunkcionalnih shema. U tim slučajevima one su rigidnije i konkretnije od shema pojedinaca koji ne pate od emocionalnih poremećaja.

Kritičari ovoga pristupa smatraju da se model bavi isključivo jednom razinom kognicije tako da zanemaruje metakogniciju (Barnard i Teasdale, 2014). Također, Wells i Matthews (1994; prema Wells i Matthews, 1996) smatraju da je potrebno integrirati

postavke shema teorije u kontekstu obrade informacija u emocionalnom poremećaju. Tako je nastao ranije spomenuti metakognitivni model emocionalnih poremećaja, točnije model samoregulirajuće izvršne funkcije (engl. *Self-Regulatory Executive Function model*). On se sastoji od triju razina kognicije koje su u međusobnoj interakciji (shematski prikaz nalazi se u Prilogu A). Te su tri razine: 1) niža razina koja uključuje mrežu jedinica obrade koje su potaknute podražajima te funkcioniraju izvan razine svjesnosti, a produkti toga mogu biti intruzije u svjesnu razinu; 2) razina kontrolirane obrade koja uključuje svjesnu procjenu događaja i kontrolu misli; 3) razina znanja i vjerovanja o sebi koja su pohranjena u dugoročnom pamćenju i predstavljaju metakognitivnu komponentu.

Metakognitivni model vidi metakognicije kao glavni uzrok emocionalnog poremećaja (Wells i Matthews, 1996). Naime, autori smatraju da su metakognicije koje je moguće verbalizirati, točnije one dostupne svjesnosti, pokazatelji proceduralnih planova u podlozi te oblikuju obradu i samoregulaciju (Wells, 2000). Disfunkcionalne metakognicije dovode do aktivacije neadaptivnog i perseverativnog načina obrade u stresnim situacijama koji se naziva kognitivnim sindromom pažnje (engl. *cognitive-attentional syndrome*, CAS). On podrazumijeva način interakcije između automatske i voljne obrade te vjerovanja o sebi. U ovom modelu je identificiran kao izvor poremećaja te se smatra da predstavlja prepreku adaptivnoj obradi informacija u vidu pristranosti pažnje, brige, ruminacije i ostalih oblika neadaptivnog suočavanja. Kod pojedinaca s izraženim disfunkcionalnim metakognicijama kognitivni sindrom pažnje doprinosi održavanju emocionalnog poremećaja na način da smanjuje kapacitete za obradu i zadržava fokus na prijetnji. Wells i Matthews (1994) smatraju da individualne razlike u usmjerenosti pažnje na sebe utječu na vjerojatnost razvoja kognitivnog sindroma pažnje uslijed stresa. Naime, postoji povezanost između emocionalne neugode i usmjerenosti pažnje na sebe koja ima važnu ulogu u procjeni unutarnjih podražaja i poticanju samoregulirajućih procesa, s ciljem smanjivanja nesklada između percipiranog i idealnog stanja (Wells, 1991). Usmjerenost pažnje na sebe intenzivira unutarnje odgovore i time smanjuje kapacitet obrade informacija. Pritom je obrada većinom kontrolirana planovima za suočavanje s relevantnim negativnim informacijama koji uključuju nadgledanje vanjske prijetnje ili opasnosti i aktivnu brigu o vlastitim nedostacima. Koncept aktivne brige uvodi Wells (1995), u kontekstu razumijevanja

generaliziranog anksioznog poremećaja, kao metakognitivnu disfunkciju koja uključuje uvjerenja o negativnom perseverativnom vrednovanju vlastite kognicije. U takvim slučajevima briga postaje patološka tek kada ona sama postane fokus ruminacije i pokušaja kontrole, što je definicija meta-brige (engl. *meta-worry*).

Obrada koju vrše kontrolni procesni sustavi vođena je vjerovanjima o sebi. U ovom modelu specificirane su dvije vrste vjerovanja o sebi: proceduralna i deklarativna (Wells i Matthews, 1996). Proceduralna su vjerovanja planovi koji usmjeravaju aktivnosti kontrolnih procesa, poput selektivne pažnje, pamćenja, donošenja prosudbi te metakognitivne obrade podražaja, dok su deklarativna vjerovanja rezultati provedbe određenih planova, točnije proceduralnih vjerovanja. Neki od planova imaju metakognitivnu funkciju, kao što je modifikacija načina rada procesnog sustava. Planovi mogu usmjeravati aktivnost samoregulirajuće izvršne funkcije tako da ona nadgleda određene aktivnosti na nižim razinama automatske obrade, primjerice specifične misli ili tjelesne osjete. Time neke njene strategije dugoročno mogu štetiti emocionalnoj samoregulaciji, što je slučaj repetitivne ruminacije ili aktivne brige.

Aktivnost samoregulirajuće izvršne funkcije mogu potaknuti negativni socijalni znakovi i intruzije iz automatske obrade, prvog koraka u obradi podražaja (Wells i Matthews, 1996). Ova se aktivnost razlikuje kod kliničke i nekliničke populacije na tako da je kod potonjih prolazna i ne izaziva posljedice. Kod osoba s emocionalnim poremećajem mnogi faktori doprinose održavanju aktivnosti samoregulirajuće izvršne funkcije, poput metakognitivnih uvjerenja da je dugotrajna aktivna briga poželjna i nadgledanja prijetnje. Posljedično, takvi pojedinci mogu izražavati sve negativnije reakcije prema svojoj okolini, koje ne mogu zaustaviti.

Na primjer, prema nalazima Wellsa i Hackmanna (1993), zdravstveno anksiozni pojedinac može vjerovati da je on loša osoba koja zaslužuje tešku bolest te pritom biti uvjeren u njezin negativni ishod, što predstavlja metakogniciju dostupnu svjesnosti. Usto, može mu se pojaviti nespecifičan simptom, poput osipa na koži ili bilo kojeg osjetilnog podražaja obrađenog na nižoj, automatskoj razini obrade. Kada zbog intruzije u svjesnu razinu pojedinac to primijeti, dolazi do aktivacije kognitivnog sindroma pažnje te se njegova pažnja u najvećoj mjeri usmjerava na osip kao izvor prijetnje, ali i na vlastite misli povezane s njime. Primjerice, može detaljno pratiti razvoj osipa i



pojavu drugih simptoma, kao u slučaju opisanom u radu Salkovskisa i Warwickove (1986). Ovo dovodi do daljnje brige, a njegovi su kapaciteti za adaptivno suočavanje smanjeni. No, kako smo ranije napomenuli, ovaj pojedinac može posjedovati i uvjerenje kako ga briga može zaštititi, zbog čega ustraje u njoj. Također, ova briga, iako poželjna, može ga ometati u funkcioniranju i navesti da zaključi kako nešto nije u redu s njim, u skladu s vjerovanjem u najgori ishod. To može biti izvorom nove brige (meta-brige) i dodatnim poticajem za aktivacijom kognitivnog sindroma pažnje.

Empirijske provjere ovog modela upućuju na povezanost metakognitivnih vjerovanja s generaliziranim anksioznim poremećajem (Wells, 2002), opsesivno-kompulzivnim simptomima (Gwilliam, Wells i Cartwright-Hatton, 2004), posttraumatskim stresnim poremećajem (Bennet i Wells, 2010) i depresivnošću (Papageorgiou i Wells, 2009).

### *Zdravstvena anksioznost*

Već spomenuti poremećaj koji je u novije vrijeme pobudio istraživački interes je zdravstvena anksioznost. Možemo je definirati kao zabrinutost zbog zdravlja u odsutnosti patologije ili pretjeranu zabrinutost u slučaju prisutnosti određenog stupnja patologije (Lucock i Morley, 1996). Uključuje ruminaciju o bolesti, njenom nastanku i progresiji, preokupaciju tjelesnim simptomima te traženje medicinske pažnje i razuvjeravanja (Asmundson, Abramovitz, Richter i Whedon, 2010). U slučaju manje izraženosti, zdravstvena anksioznost može imati adaptivnu ulogu jer potiče na traženje medicinske pomoći, međutim, preokupacija i briga mogu dovesti do osobne patnje, narušenih socijalnih odnosa i funkcioniranja (Taylor i Asmundson, 2004). U konceptualnom smislu, neki autori smatraju da se u slučaju jake izraženosti simptoma radi o hipohondriji (Lagoe i Atkin, 2015), dok Aboujaoude i Starcevic (2015) navode kako je u DSM-u 5 zdravstvena anksioznost zamijenila hipohondriju zbog pejorativnih konotacija tog termina, točnije, termin hipohondrija može zvučati patologizirajuće.

Prevalencija zdravstvene anksioznosti kao klinički značajnog problema u rasponu je od 5% kod opće populacije (Gureje, Üstün i Simon, 1997) do 20% kod bolničkih pacijenata (Tyrer i sur., 2011). Smatra se da nastaje interakcijom

disfunkcionalnih vjerovanja o bolestima, njihovih posljedica i kritičnih događaja poput pojave simptoma (Lucock i Morley, 1996). Vjerovanja o bolesti proizlaze iz vlastitih i tuđih prošlih iskustava bolesti te mogu utjecati na interpretaciju simptoma. Negativna je interpretacija simptoma glavni poticaj za konzultaciju s liječnikom. U odsutnosti patologije uvjerljivo objašnjenje liječnika može dovesti do razuvjeravanja, posebno ako se simptomi povuku, no neki pojedinci i u tim slučajevima ostaju zabrinuti za svoje zdravlje. U okviru kognitivnog modela, pristranost u percepciji doprinosi održavanju problema, što dovodi do selektivne pažnje i interpretacije informacija koje pojačavaju anksioznost (Warwick i Salkovskis, 1990). Kognitivnu pristranost kod zdravstvene anksioznosti potvrdila su ranija istraživanja (Mathews i MacLeod, 1985). Također, percepcija informacija o zdravlju može biti iskrivljena, što može doprinijeti krivom tumačenju liječnikovih savjeta. Prema metakognitivnom modelu emocionalnih poremećaja, osobe koje pate od zdravstvene anksioznosti ne reguliraju adekvatno svoje brige o zdravlju, a preokupacija njima može se održavati pozitivnim vjerovanjima o ulozi brige ili negativnim vjerovanjima o nemogućnosti njene kontrole (Bailey i Wells, 2013).

U današnje vrijeme sve se više istražuje veza između zdravstvene anksioznosti i ponašanja na internetu, kao važnog izvora informacija i kao jednog od oblika traženja razuvjeravanja. Velik broj istraživanja ukazuje na pozitivnu povezanost zdravstvene anksioznosti i pretraživanja zdravstvenih informacija na internetu (Baumgartner i Hartmann, 2011; Muse, McManus, Leung, Meghreblian i Williams, 2012). Smjer kauzalnosti između ovih dviju varijabli može varirati na individualnoj razini (Starcevic, 2017). Kod većine ljudi povišena zdravstvena anksioznost poticaj je za korištenje interneta u potrazi za zdravstvenim informacijama s ciljem ublažavanja tjeskobe (Baumgartner i Hartmann, 2011). No, u nekim se slučajevima zdravstvena anksioznost pojavi tek nakon pretrage interneta, a početna je motivacija bila drukčija, primjerice znatiželja (te Poel, Baumgartner, Hartmann i Tanis, 2016). Kao negativni aspekt pretraživanja zdravstvenih informacija putem interneta prepoznata je cyberhondrija. Termin je skovan u ime medija kao ekvivalent hipohodriji u digitalnom dobu, no u znanstvenim krugovima još nije postignut konsenzus oko njegove definicije. Starcevic i Berle (2013) navode da je većini definicija cyberhondrije zajednička pretraga zdravstvenih informacija putem interneta te zdravstvena anksioznost. Shodno tome,

možemo reći da je cyberhondrija pretjerano ili opetovano pretraživanje interneta potaknuto zdravstvenom anksioznošću, koje dovodi do negativnih posljedica povećanja anksioznosti i emocionalne neugode. Istraživanja upućuju na visoku pozitivnu povezanost cyberhondrije i zdravstvene anksioznosti (Fergus, 2013), a Starcevic i Berle (2013) ističu da je cyberhondrija ponašajna komponenta zdravstvene anksioznosti, točnije pokušaj traženja razuvjeravanja i smanjenja anksioznosti.

### *Mjerenje metakognicije*

S obzirom na ranije opisanu ulogu metakognicije u razvoju i održavanju psihičkih poremećaja, Cartwright-Hatton i Wells (1997) razvili su Upitnik metakognitivnih vjerovanja (engl. *Metacognitions Questionnaire, MCQ*) koji mjeri pet različitih dimenzija metakognicije na podljestvicama: 1. pozitivna vjerovanja o zabrinutosti (npr. *Zabrinutost mi pomaže u suočavanju*); 2. negativna vjerovanja o zabrinutosti, usmjerena na nemogućnost kontrole i opasnost (npr. *Kad počnem brinuti o nečemu, ne mogu se zaustaviti*), 3. samopouzdanje u vlastite kognitivne kapacitete (npr. *Imam slabo pamćenje*), 4. negativna vjerovanja o posljedicama nekontrolabilnosti misli (npr. *Ako ne mogu kontrolirati misli, to je znak slabosti*), 5. kognitivna samosvjesnost (npr. *Nadzirem svoje misli*). Kasnije je razvijena skraćena verzija MCQ-30 (Wells i Cartwright-Hatton, 2004) koja je zadržala ovih pet dimenzija. U kontekstu zdravstvene anksioznosti brojna su istraživanja koristila ovaj upitnik s ponešto drukčijim nalazima. Primjerice, Barenbrügge, Glöckner-Rist i Rist (2013) utvrdili su visoku pozitivnu povezanost pozitivnih i negativnih metakognitivnih vjerovanja sa svim aspektima zdravstvene anksioznosti, dok su raniji rezultati upućivali na kognitivnu samosvjesnost kao važan prediktor ekstremne zdravstvene anksioznosti, hipohondrije (Bouman i Meijer, 1999). U eksperimentalnim uvjetima pronađena je visoka pozitivna povezanost metakognicija i pristranosti pažnje za zdravstvene informacije (Kaur, Butow i Thewes, 2011). Istraživanja provedena u Hrvatskoj u kojima je korišten ovaj upitnik većinom su bila usmjerena na studentsku populaciju i proučavanje ispitne anksioznosti (Živčić-Bećirević, Juretić i Miljević, 2009; Kolesarić i Milić, 2014) te je dobivena nejasna faktorska struktura ovog upitnika.

Bailey i Wells (2015) ističu da Upitnik metakognitivnih vjerovanja ne obuhvaća uvjerenja specifična za zdravstvenu anksioznost, unatoč tome što se standardno koristi za njihovo mjerenje. Smatraju kako u slučaju zdravstvene anksioznosti potencijalno može imati smanjenu osjetljivost te su stoga razvili upitnik koji predstavlja specifičnu mjeru metakognicija kod zdravstvene anksioznosti, Upitnik metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti (engl. *Metacognitions Questionnaire-Health Anxiety*, MCQ-HA). Pritom su korištena dva izvora informacija: čestice i podljestvice postojećeg Upitnika metakognitivnih vjerovanja te izvještaji pacijenata o vlastitim metakognicijama tijekom tretmana zdravstvene anksioznosti. Na temelju tih podataka autori su generirali 20 čestica u pet kategorija: 1. negativna uvjerenja o optimističnom razmišljanju, 2. pozitivna uvjerenja o brizi, 3. uvjerenja o nekontrolabilnosti brige, 4. uvjerenja o opasnosti brige, 5. stopljena uvjerenja (engl. *fusion beliefs*). U prvom koraku provedena je analiza glavnih komponenata s ciljem pripreme za eksploracijsku faktorsku analizu. Zbog pretpostavke o povezanosti glavnih komponenata, korištena je kosokutna promax rotacija. Utvrđene su 3 glavne komponente te je izbačeno 6 čestica na temelju karakterističnih korjenova i interpretabilnosti odnosa s ostalim česticama. Sljedeći je korak uključivao provedbu eksploracijske faktorske analize, točnije analize zajedničkih faktora na preostalim česticama. Ekstrahirana su tri faktora: po pet čestica bilo je zasićeno prvim i drugim faktorom, a četiri čestice trećim te je postignuta jednostavna struktura. Prvi faktor sadržavao je čestice koje se odnose na metakognitivna uvjerenja povezana s pristranošću razmišljanja (negativno razmišljanje pomaže, a pozitivno ne) i nazvan je "Uvjerenja o pristranom razmišljanju". Drugi se faktor sastojao od metakognitivnih uvjerenja da negativno razmišljanje izaziva bolest i nazvan je "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest", dok je treći faktor sadržavao metakognitivna uvjerenja o nekontrolabilnosti misli o bolestima, pa je nazvan "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne". U zadnjem je koraku provedena konfirmacijska faktorska analiza koja je pokazala dobro pristajanje ovakvog trofaktorskog modela podacima. Također, pouzdanost tipa unutarnje konzistencije iznosila je .89 za ukupni rezultat te .83 za prvi, .78 za drugi i .81 za treći faktor. MCQ-HA je pokazao zadovoljavajuću konvergentnu i divergentnu valjanost te inkrementalni doprinos objašnjenju varijance zdravstvene anksioznosti (Bailey i Wells, 2015).

Do sada je upitnik preveden na talijanski i kineski jezik, a originalna je verzija korištena tek u nekolicini istraživanja. Na talijanskom uzorku sudionika s izraženom zdravstvenom anksioznošću (Melli, Bailey, Carraresi i Poli, 2018) dobiven je nalaz da treći faktor ("Uvjerenja da su misli nekontrolabilne") predviđa zdravstvenu anksioznost povrh depresivnosti, opće anksioznosti, anksiozne osjetljivosti i disfunkcionalnih vjerovanja o zdravlju. Rezultati na kineskom uzorku studenata (Dai, Bailey i Deng, 2018) upućuju na zadovoljavajuću test-retest i pouzdanost tipa unutarnje konzistencije, a eksploracijska i konfirmacijska faktorska analiza potvrdile su nalaze originalnog istraživanja. Fergus i Spada (2017) utvrdili su visoku pozitivnu povezanost metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti i cyberhondrije. U ovom je istraživanju demonstriran i doprinos trećeg faktora ("Uvjerenja da su misli nekontrolabilne") u objašnjenju varijance cyberhondrije povrh anksiozne osjetljivosti i netolerancije na neizvjesnost.

U kontekstu nalaza koji upućuju na potencijal ovoga upitnika te neistraženosti područja zdravstvene anksioznosti, potrebno je validirati MCQ-HA na različitim uzorcima s ciljem dobivanja uvida u psihometrijsku vrijednost ovog instrumenta, a time i u opravdanost njegova korištenja. S obzirom na navedeno, istraživanje u okviru ovog diplomskog rada predstavlja doprinos psihometrijskoj validaciji MCQ-HA na nekliničkom uzorku, kao i prilagodbu hrvatskom jeziku.

## **CILJ**

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati psihometrijske karakteristike hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti (MCQ-HA) na nekliničkom uzorku. U skladu s tim ciljem, formulirani su istraživački problemi i postavljene su hipoteze.

## **PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

1. Ispitati faktorsku strukturu hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti.

*Hipoteza:* Sukladno nalazima prethodnih istraživanja, očekuje se da će rezultati eksploracijske faktorske analize ukazati na postojanje tri smisljena latentna faktora u podlozi čestica MCQ-HA-a.

2. Provjeriti pouzdanost hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti i njegovih podljestvica, metodom unutarnje konzistencije.

*Hipoteza:* Na temelju dosadašnjih istraživanja o pouzdanosti MCQ-HA-a mogu se očekivati visoki koeficijenti unutarnje konzistencije upitnika i njegovih podljestvica (viši od .70).

3. Provjeriti konvergentnu valjanost hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti uspoređujući ga s upitnicima bliskog predmeta mjerenja, i to Upitnikom zdravstvene anksioznosti (HAQ), Upitnikom anksiozne osjetljivosti (ASI-3), Upitnikom netolerancije na neizvjesnost (skraćena verzija, IUS-12) te Kratkim skalom cyberhondrije (SCS).

*Hipoteza:* Pod pretpostavkom da su konstrukti koje mjere upitnici HAQ, ASI-3, IUS, SCS i MCQ-HA blisko povezani, mogu se očekivati visoke korelacije upitnika MCQ-HA-a i tih četiriju mjera.

## METODA

### *Sudionici*

U istraživanju je sudjelovalo 519 sudionika iz opće populacije, a 460 je dalo odgovor na sva pitanja, od kojih 19 ne pretražuje zdravstvene informacije putem interneta (što je ključno za jedan od korištenih instrumenata). Statistička obrada rezultata provedena je na preostalom uzorku od 441 sudionika. Uzorak je bio prigodan, a prikupljan je metodom snježne grude. Uvjet za sudjelovanje u istraživanju bio je da sudionici imaju navršenih minimalno 18 godina. Uzorak čini 68% žena ( $N = 300$ ) i 32% muškaraca ( $N = 141$ ). Najmlađi sudionik imao je 18, a najstariji 72 godine. Uzorak su uglavnom činili mlađi sudionici, prosječne dobi 29.24 g. ( $SD = 9.667$ ). S obzirom na asimetričnost dobne distribucije, izračunat je i medijan dobi ( $C = 25.00$ ). Detaljniji prikaz strukture uzorka nalazi se u Tablici 1.

*Tablica 1*

Prikaz sociodemografskih karakteristika sudionika ( $N=441$ )

Demografsko obilježje	Kategorija	<i>N</i>	%
Rod	Ženski	300	68
	Muški	141	32
Najviši završeni stupanj obrazovanja	Osnovna škola	6	1.4
	Srednja škola	133	30.2
	Prvostupnik/prvostupnica	110	24.9
	Viša stručna sprema	29	6.6
	Visoka stručna sprema	146	33.1
	Doktorat/specijalizacija	17	3.9
Radni status	Učenik/ca	6	1.4
	Student/ica	202	45.8
	Zaposlen/a	195	44.2
	Nezaposlen/a	21	4.8
	U mirovini	3	0.7
	Neki drugi	14	3.2
Partnerski status	Nisam u vezi	156	35.4
	U vezi	197	44.7
	U braku	83	18.8

Rastavljen/a	4	0.9
Udovac/udovica	1	0.2

Legenda: *N* - broj sudionika; % - postotak sudionika u ukupnom uzorku

### *Instrumenti*

*Upitnik metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti (engl. Metacognitions Questionnaire-Health Anxiety, MCQ-HA)(Bailey i Wells, 2015)*

Upitnik samoprocjene metakognicija o zdravstvenoj anksioznosti sastoji se od 14 čestica za koje sudionik ima zadatak izraziti stupanj slaganja na ljestvici od četiri stupnja, od 1 (ne slažem se) do 4 (izrazito se slažem). Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem vrijednosti svih čestica. Bailey i Wells (2015) pretpostavljaju postojanje triju ranije spomenutih faktora: 1) uvjerenja o pristranom razmišljanju (npr. *Razmišljam li o najgorem ishodu simptoma bit ću zaštićen/a*), 2) uvjerenja da misli mogu izazvati bolest (npr. *Negativno razmišljanje može povećati izgleda da se razbolim*), 3) uvjerenja da su misli nekontrolabilne (npr. *Ne mogu kontrolirati neprekidno razmišljanje o bolesti*). Ranije su navedeni koeficijenti pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije. Upitnik je preveden s engleskog na hrvatski jezik, vodeći se smjernicama za međukulturalnu adaptaciju instrumenata (Widenfelt, Treffers, de Beurs, Siebelink i Koudijs, 2005), tako da su po jedan prijevod napravili stručna osoba iz područja psihologije, stručna osoba iz područja engleskog jezika te laik u oba područja. Nakon toga je prema vlastitoj procjeni određeno koji je prijevod najprikladniji pojedinoj čestici. Pritom se obratila pažnja da ne dođe do značajnog odstupanja u odnosu na izvornu verziju čestica. Potom je druga stručna osoba iz područja engleskog jezika prevela prvu verziju prijevoda ponovno na engleski kako bi se utvrdilo odstupanje od originalne verzije i po potrebi izmijenilo pokoji česticu. U završnoj fazi petero ljudi procijenilo je razumljivost ove verzije te je na temelju njihovih povratnih informacija oblikovana konačna verzija prijevoda ovog upitnika (Prilog B).



*Upitnik zdravstvene anksioznosti (engl. Health anxiety questionnaire – HAQ) (Lucock i Morley, 1996)*

Upitnik samoprocjene izraženosti zdravstvene anksioznosti sastoji se od 21 čestice raspoređene u četiri faktora: zabrinutost i preokupacija zdravstvenim stanjem (npr. *Kada me nešto boli ili smeta brinem je li to možda posljedica ozbiljne bolesti*), strah od smrti i bolesti (npr. *Bojim se da možda imam rak*), ponašanje usmjereno traženju ohrabrenja, odnosno razuvjeravanju (npr. *Kada doživim neugodne osjećaje u tijelu pitam prijatelje ili obitelj što misle o tome*) i utjecaj straha na svakodnevni život (npr. *Moji tjelesni simptomi me sprječavaju u usmjeravanja pažnje na ono što radim*). Ukupan rezultat dobiva se zbrojem odgovora na skali od 4 stupnja, od 1 (uopće ne ili rijetko) do 4 (većinu vremena). Viši rezultat ukazuje na viši stupanj zdravstvene anksioznosti. Upitnik je na hrvatski jezik preveo Hrvoje Barić (2011) i na hrvatskom uzorku sudionika utvrdio koeficijent unutarnje konzistencije  $\alpha=.92$ , što odgovara koeficijentu unutarnje konzistencije originalnog istraživanja (Lucock i Morley, 1996). U ovom istraživanju taj je koeficijent iznosio također  $\alpha=.92$ .

*Kratka skala cyberhondrije (engl. The Short cyberchondria scale – SCS) (Jokić-Begić, Mikac, Čuržik i Sangster Jokić, 2017)*

Instrument je namijenjen mjerenju izraženosti aspekata cyberhondrije: opće uznemirenosti, pretjeranog pretraživanja informacija i traženja razuvjeravanja. Sastoji se od četiri čestice na kojima sudionici iskazuju svoj stupanj slaganja na ljestvici od pet stupnjeva, 1 (Uopće se ne slažem) do 5 (U potpunosti se slažem). Čestice glase redom: *Nakon pretrage zdravstvenih informacija zbunjen/a sam informacijama koje sam pronašao/la; Nakon pretrage zdravstvenih informacija osjećam se preplašeno; Nakon pretrage zdravstvenih informacija osjećam se frustrirano; Kada jednom počnem tražiti zdravstvene informacije, teško mi je prestati*. Ukupni rezultat formira se zbrajanjem vrijednosti svih čestica, a viši rezultat na skali ukazuje na višu izraženost cyberhondrije. Pretpostavlja se postojanje jednog faktora. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije u izvornom istraživanju je bila  $\alpha=.77$ , a u ovom istraživanju iznosila je  $\alpha=.84$ .

*Upitnik netolerancije na neizvjesnost – skraćena verzija (engl. Intolerance of Uncertainty Scale – short form- IUS 12) (Carleton, Norton, i Asmundson, 2007)*

Upitnik samoprocjene toleriranja neizvjesnosti sastoji se od 12 čestica i obuhvaća faktore prospektivne anksioznosti (npr. *Ne podnosim kad me nešto iznenadi*) i inhibicijske anksioznosti (npr. *Kada trebam djelovati, neizvjesnost me paralizira*). Ovaj je upitnik skraćena verzija izvorne koja se sastoji od 27 čestica (Freeston, Rhe'aume, Letarte, Dugas, i Ladoucer, 1994). Ukupni rezultat dobiva se zbrojem odgovora na ljestvici od pet stupnjeva, od 1 (Uopće se ne odnosi na mene) do 5 (U potpunosti se odnosi na mene). Viši rezultat upućuje na višu razinu netoleriranja neizvjesnosti. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije izvorne ljestvice je  $\alpha=.91$ . Upitnik je na hrvatski prevela Laura Marković (2010) i na hrvatskom uzorku sudionika utvrdila koeficijent pouzdanosti  $\alpha=.93$ , a u ovom istraživanju on je iznosio  $\alpha=.91$ .

*Upitnik anksiozne osjetljivosti (engl. The Anxiety Sensitivity Index-3 – ASI-3) (Taylor i sur., 2007)*

Instrument je namijenjen samoprocjeni straha od javljanja anksioznih simptoma i tjelesnih osjeta povezanih s anksioznošću. Razvijen je s ciljem poboljšanja ranije korištene Ljestvice anksiozne osjetljivosti - ASI (The Anxiety Sensitivity Index, Reiss i sur., 1986). Zadatak je sudionika izraziti stupanj slaganja s pojedinom tvrdnjom na ljestvici od pet stupnjeva, od 1 (vrlo malo) do 5 (vrlo jako). Upitnik se sastoji od 18 čestica i mjeri jedan faktor višeg reda te tri faktora nižeg reda: tjelesne brige (npr. *Kada primijetim da mi je srce preskočilo, brinem da nešto ozbiljno nije u redu*), psihičke brige (npr. *Kada mi se misli ubrzaju, brinem se da ću poludjeti*), i socijalne brige (npr. *Strah me da će drugi ljudi primijetiti moju anksioznost*). Viši ukupni rezultat ukazuje na viši stupanj anksiozne osjetljivosti. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije u izvornom istraživanju iznosila je  $\alpha=.79$  za faktor tjelesnih briga,  $\alpha=.84$  za faktor psihičkih briga te  $\alpha=.79$  za faktor socijalnih briga. Upitnik je na hrvatski jezik prevela Ana Tremac Pavelić (2018) i utvrdila koeficijent unutarnje konzistencije  $\alpha=.95$  za ukupni rezultat na kliničkom uzorku. U ovom istraživanju on je iznosio  $\alpha=.92$  za ukupni rezultat te  $\alpha=.88$  za faktor tjelesnih briga,  $\alpha=.89$  za faktor psihičkih briga i  $\alpha=.83$  za faktor socijalnih briga.

## *Postupak*

Podaci su prikupljeni u svibnju 2018. godine putem internetske domene SurveyMonkey. Molba za sudjelovanjem u istraživanju zajedno s poveznicom na upitnik dijeljena je metodom snježne grude putem društvenih mreža *Facebook* i *LinkedIN*, a dio sudionika anketu je primio e-mailom. Upitnik je na prvoj stranici sadržavao opću uputu u kojoj je sudionicima objašnjena svrha istraživanja te im je zagarantirana anonimnost i mogućnost odustajanja od sudjelovanja u bilo kojem trenutku. Također, navedeno je kako će se rezultati analizirati na grupnoj razini te da na postavljena pitanja nema točnih i netočnih odgovora. U tekstu opće upute navedena i e-mail adresa na koju su se sudionici mogli javiti ako su imali pitanja ili komentara vezanih uz istraživanje. Istaknuto je da nastavkom ispunjavanja sudionici daju pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Na drugoj se stranici nalazio niz pitanja o demografskim karakteristikama sudionika, a zatim pitanja vezana uz korištenje interneta u svrhu pretraživanja zdravstvenih informacija. Potom su slijedili ranije opisani instrumenti, a svakom je prethodila specifična uputa o načinu davanja odgovora u njemu. Posljednja stranica sadržavala je zahvalu za sudjelovanje u istraživanju. Prosječno vrijeme ispunjavanja iznosilo je oko 15 minuta. Prikupljeni su podaci za veće istraživanje, a u okviru ovog diplomskog rada analiziran je određeni dio podataka.

## REZULTATI

### *Deskriptivna statistika*

Prije odgovora na postavljene istraživačke probleme potrebno je provjeriti deskriptivne parametre korištenih ljestvica. Rezultati se nalaze u Tablici 2. Za provjeru normaliteta distribucije rezultata na ljestvicama korišten je Kolmogorov-Smirnovljev test. Iz rezultata je vidljivo da su rezultati ljestvice netolerancije neizvjesnosti normalno distribuirani, no distribucije rezultata na ljestvicama zdravstvene anksioznosti, metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti, cyberhondrije i anksiozne osjetljivosti značajno odstupaju od normalne, što je u skladu s očekivanjima s obzirom na to da je istraživanje provedeno na općoj populaciji, a ne na kliničkom uzorku sudionika kojem su namijenjene ove skale. Distribucije su pozitivno asimetrične, odnosno rezultati odstupaju u smjeru nižih vrijednosti. Međutim, sve su korištene ljestvice na intervalnoj ljestvici i broj sudionika je velik. Također, kao dodatni kriteriji u procjeni odstupanja rezultata od normalne distribucije često se koriste koeficijenti asimetričnosti (engl. *skewness*) i spljoštenosti (engl. *kurtosis*), koji su također uvršteni u ovu tablicu. Kline (2005) navodi da se o ekstremnim odstupanjima radi tek kada je koeficijent nagnutosti veći od 3, a koeficijent spljoštenosti veći od 10. Prema tome, rezultati na korištenim ljestvicama ne odstupaju ekstremno od normalne distribucije zbog čega je opravdano koristiti postupke iz parametrijske statistike.

*Tablica 2*

Deskriptivna statistika i Kolmogorov-Smirnovljeve Z vrijednosti za sve varijable korištene u istraživanju

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i>	<i>nagnutost</i>	<i>spljoštenost</i>
MCQ-HA	441	24.07	7.05	1.825**	0.754	0.268
HAQ	441	34.63	9.336	2.255**	1.357	2.647
SCS	441	9.06	3.729	2.329**	0.528	-0.366
IUS-12	441	31.06	9.515	1.231	0.232	-0.371
ASI-3	389	34.07	12.531	2.538**	1.162	1.076

Legenda: *N* = broj sudionika; *M* = aritmetička sredina; *SD* = standardna devijacija; *K-S* = Kolmogorov-Smirnovljeve Z vrijednosti; MCQ-HA=Upitnik metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti; HAQ= Upitnik zdravstvene anksioznosti; SCS = Kratka skala cyberhondrije; IUS-12= Upitnik netolerancije na neizvjesnost; ASI-3 = Upitnik anksiozne osjetljivosti, \*\*  $p < .01$

## Faktorska struktura

Da bismo odgovorili na prvi istraživački problem, odnosno utvrdili faktorsku strukturu Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti, provedena je eksploracijska faktorska analiza metodom zajedničkih faktora. Ova se metoda navodi kao superiorna u odnosu na analizu glavnih komponenti za određivanje broja faktora i čestica koje sadržavaju (Snook i Gorsuch, 1989). Prethodno je provjerena podobnost korelacijske matrice za njenu provedbu. U tu svrhu korišten je Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) koeficijent, koji iznosi 0.866, što je prema Kaiserovom (1974) kriteriju odlično i znači da su parcijalne korelacije među varijablama niske, odnosno da je dio ukupne varijance varijabli koji se ne može objasniti zajedničkim faktorima vrlo mali. Drugi korišten pokazatelj je Bartlettov test sfericiteta, koji pokazuje da se naša korelacijska matrica značajno razlikuje od matrice identiteta ( $\chi^2 = 2452.118$ ;  $df = 91$ ;  $p < .01$ ). Na temelju ovih pokazatelja možemo zaključiti kako je dobivena korelacijska matrica podobna za faktorizaciju.

Budući da ranija istraživanja upućuju na međusobnu povezanost dimenzija MCQ-HA, pri provedbi eksploracijske faktorske analize korištena je kosokutna rotacija *promax* ( $kappa = 4$ ). U svrhu donošenja odluke o broju zadržanih faktora korišteni su sljedeći kriteriji: 1) Kaiser-Guttmanov kriterij, 2) Cattellov *scree* test i 3) rezultati paralelne analize, 4) interpretabilnost dobivenih faktora. Tri su faktora čije su vrijednosti karakterističnih korijena veće od 1, što zadovoljava prvi kriterij. Također, vizualnom inspekcijom *scree* *plota* pokazalo se da postoje tri faktora do točke infleksije. Međutim, paralelna analiza provedena pomoću O'Connorovih skripta za *syntax* programa SPSS (2000) i podešena na metodu zajedničkih faktora (engl. *principal axis factoring*) upućuje na postojanje četiriju faktora čije su vrijednosti karakterističnih korijena više od kriterija za 95. centil iz slučajnog uzorka podataka. Tako je prvi faktor bio visoko iznad razine slučaja (*kk bruto podataka* = 4.499; *kk simuliranih podataka* = 0.346, 95. centil *kk simuliranih podataka* = 0.419), kao i drugi faktor (*kk bruto podataka* = 1.730; *kk simuliranih podataka* = 0.270, 95. centil *kk simuliranih podataka* = 0.326), a treći (*kk bruto podataka* = 0.606; *kk simuliranih podataka* = 0.213, 95. centil *kk simuliranih podataka* = 0.258) i četvrti faktor (*kk bruto podataka* = 0.270; *kk simuliranih podataka* = 0.163, 95. centil *kk simuliranih podataka* = 0.203) bili su

također iznad razine slučaja, samo u manjoj mjeri u odnosu na prva dva faktora. Paralelna analiza koju je predložio Horn (1965) u literaturi se smatra jednim od najboljih načina za određivanje broja faktora (Zwick i Velicer, 1986; Henson i Roberts, 2006). S obzirom na to da su različite metode dale različiti broj zadržanih faktora, na osnovi Costellovih i Osborneovih smjernica (2005) provedene su eksploracijske faktorske analize s 3 i 4 zadržana faktora kako bi se provjerilo koja je solucija interpretabilnija.

U prvom slučaju (tablica 3), faktori su objasnili 50.22% varijance. Prvi faktor uključivao je čestice 1, 4, 5, 6 i 9 ( $kk = 4.559$ , 32.562%), što odgovara faktoru "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest" iz ranijih istraživanja. Drugi je faktor sadržavao čestice 3, 8, 10, 11 i 14 ( $kk = 1.801$ , 12.862%), što također u potpunosti odgovara faktoru "Uvjerenja o pristranom razmišljanju". Trećim faktorom bile su saturirane čestice 2, 7, 12 i 13 ( $kk = 0.672$ , 4.798%), što se odnosi na faktor "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne". Svaka čestica imala je saturaciju veću od .32 samo s jednim faktorom, čime je zadovoljen kriterij interpretabilnosti i načela jednostavne strukture ove faktorske solucije (Tabachnik i Fidell, 2001; prema Costello i Osborne, 2005). Faktori su u sljedećim međusobnim korelacijama: faktori 1 i 2:  $r = .362$ ; faktori 1 i 3:  $r = .382$ ; faktori 2 i 3:  $r = .641$ .

Provedbom analize zajedničkih faktora u kojoj su ekstrahirana 4 faktora (Prilog C) objašnjeno je 54.57% varijance. Prvi je faktor po sadržanim česticama bio jednak onome iz prethodne analize ( $kk = 4.593$ , 32.807%). Drugi ekstrahirani faktor sadržavao je čestice 2, 7, 12 i 13, što odgovara trećem faktoru iz prethodne analize, odnosno faktoru "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne" ( $kk = 1.826$ , 13.042%). Čestice 3, 8 i 14 bile su saturirane trećim ( $kk = 0.747$ , 5.336%), a 10 i 11 četvrtim faktorom ( $kk = 0.474$ , 3.386%). Faktori su u korelacijama: faktori 1 i 2:  $r = .392$ ; faktori 1 i 3:  $r = .336$ ; faktori 1 i 4:  $r = .290$ ; faktori 2 i 3:  $r = .638$ ; faktori 2 i 4:  $r = .479$ ; faktori 3 i 4:  $r = .566$ . Čini se da se s ovako zadanim postavkama prilikom provedbe faktorske analize faktor "Uvjerenja o pristranom razmišljanju" razdvaja na dva. Pritom je čestica 10 imala saturaciju veću od .32 i s trećim faktorom, što govori o njezinom kompleksitetu. Ovu soluciju to čini manje interpretabilnom u odnosu na prethodnu te nije ostvarena jednostavna struktura. Također, faktor koji uključuje manje od 3 čestice smatra se

nestabilnim i slabim (Costello i Osborne, 2005), što je ovdje slučaj s četvrtim faktorom, dok je čvrst onaj faktor koji ima 5 ili više čestica koje su značajno saturirane njime. Ako sadržajno promotrimo čestice trećeg i četvrtog faktora, možemo vidjeti da se sve one odnose na pristranost razmišljanja o zdravlju, međutim, čestice 3, 8 i 14 uključuju izravno djelovanje misli na ishod (zdravlje/bolest), dok čestice 10 i 11 opisuju utjecaj misli na naše mogućnosti djelovanja kada se bolest pojavi. Zbog svega navedenog valja uzeti u obzir obje faktorske solucije, no ovdje smo se vođeni kriterijem interpretabilnosti i jednostavne strukture odlučili detaljnije prikazati trofaktorsku soluciju (Tablica 3).

*Tablica 3*

Matrica faktorskog obrasca nakon provedene eksploracijske faktorske analize metodom zajedničkih faktora sa zadanim brojem faktora 3 i rotacije promax ( $N = 441$ )

Čestica	Faktor		
	1	2	3
1. Razmišljanje o bolesti moglo bi promijeniti moje zdravlje.	<b>.559</b>	.042	.129
4. Negativno razmišljanje može povećati izgleda da se razbolim.	<b>.861</b>	-.014	-.014
5. Briga o bolesti vjerojatno će je uzrokovati.	<b>.840</b>	.030	-.104
6. Neke misli imaju moć učiniti me bolesnim/om.	<b>.783</b>	-.039	.000
9. Zabrinutost za zdravlje naštetit će mojem tijelu.	<b>.624</b>	-.005	.063
3. Bit ću kažnjen/a što mislim da sam dobroga zdravlja.	.028	<b>.460</b>	.100
8. Razmišljam li o najgorem ishodu simptoma bit ću zaštićen/a.	-.014	<b>.694</b>	.031
10. Razmišljam li pozitivno o svojim tjelesnim simptomima, neću biti pripremljen/a na	.030	<b>.756</b>	-.078

bolest.

11. Budem li  
zabrinut/a za zdravlje,  
moći ću se nositi se s  
mogućom bolešću.

-.003

**.628**

.000

14. Pozitivno  
razmišljanje o  
mojemu zdravlju  
izazvat će sudbinu i ja  
ću se razboljeti.

-.041

**.504**

.113

2. Ne mogu se smiriti  
dokle god imam  
tjelesne simptome.

.062

.035

**.657**

7. Ne mogu  
kontrolirati  
neprekidno  
razmišljanje o bolesti.

.047

.001

**.793**

12. Ne mogu  
kontrolirati  
razmišljanje o  
svojem zdravlju.

-.049

-.028

**.852**

13. Tek kad dobijem  
dijagnozu, moći ću se  
prestat brinuti.

-.029

.154

**.500**

---

*Napomena:* značajne su saturacije ( $\geq .32$ ) podebljane.

### *Pouzdanost*

Drugi je problem ovog istraživanja bio provjeriti pouzdanost MCQ-HA. Na našem uzorku ovaj upitnik i njegove podljestvice pokazale su zadovoljavajuću pouzdanost tipa unutarnje konzistencije na cjelokupnom uzorku. Koeficijenti pouzdanosti prikazani su u Tablici 4:

*Tablica 4*

Vrijednosti Cronbach  $\alpha$  koeficijenata za ukupan rezultat i podljestvice MCQ-HA za cijeli uzorak ( $N = 441$ )

	$\alpha$
MCQ-HA ukupan rezultat	.86
Faktor 1 (Misli-bolest)	.86
Faktor 2 (Pristranost)	.76
Faktor 3 (Nekontrolabilnost)	.81

Legenda:  $\alpha$ =koeficijent pouzdanosti; Misli-bolest=Uvjerjenja da misli mogu izazvati bolest, Pristranost=Uvjerjenja o pristranom razmišljanju; Nekontrolabilnost=Uvjerjenja da su misli nekontrolabilne



### Konvergentna valjanost

Treći je problem ovog istraživanja bio provjeriti konvergentnu valjanost upitnika MCQ-HA, uspoređujući ga s upitnicima HAQ, ASI-3, IUS-12 i SCS. Sukladno tome, izračunate su korelacije ukupnog rezultata i podljestvica MCQ-HA-a s navedenim upitnicima i njihovim podljestvicama. Sve su korelacije statistički značajne, a rezultati su prikazani u Tablici 5:

Tablica 5

Vrijednosti Pearsonovog koeficijenta korelacije između rezultata na MCQ-HA-u (ukupan rezultat i podljestvice) i rezultata na Upitniku zdravstvene anksioznosti (HAQ), podljestvica Upitnika anksiozne osjetljivosti (ASI-3) i Upitnika netolerancije na neizvjesnost (IUS-12) te rezultata na Kratkoj skali cyberhondrije (SCS)

	HAQ (N=441)	ASI-3-T (N=389)	ASI-3-P (N=389)	ASI-3-S (N=389)	IUS-PA (N=441)	IUS-IA (N=441)	SCS (N=441)
MCQ-HA-uk	.58**	.52**	.41**	.36**	.36**	.45**	.53**
MCQ-HA-MB	.26**	.25**	.18**	.18**	.11*	.21**	.27**
MCQ-HA-PR	.44**	.43**	.36**	.31**	.35**	.42**	.43**
MCQ-HA-NEK	.71**	.59**	.47**	.39**	.46**	.56*	.58**

Legenda: N=broj sudionika; MCQ-HA-uk=ukupan rezultat na upitniku MCQ-HA; MCQ-HA-MB=Uvjerjenja da misli mogu izazvati bolest; MCQ-HA-PR=Uvjerjenja o pristranom razmišljanju; MCQ-HA-NEK=Uvjerjenja da su misli nekontrolabilne; HAQ=Upitnik zdravstvene anksioznosti; ASI-3-T=Tjelesne brige; ASI-3-P=Psihičke brige; ASI-3-S=Socijalne brige; IUS-PA=Prospektivna anksioznost; IUS-IA=Inhibitorna anksioznost; SCS=Kratka skala cyberhondrije; \* p<.05; \*\* p<.01

Vidljivo je da su ukupan rezultat i podljestvice Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti pozitivno povezane sa svim mjerama, a korelacije su uglavnom od umjerenih do visokih. Podljestvica "Uvjerjenja da su misli nekontrolabilne" postiže umjerene do visoke interkorelacije s rezultatima na upitnicima koji mjere ostale konstrukte, podljestvica "Uvjerjenja o pristranom razmišljanju" umjereno je povezana s ostalim mjerama, dok podljestvica "Uvjerjenja da misli mogu izazvati bolest" postiže niske povezanosti s drugim varijablama.

## RASPRAVA

Cilj je ovoga istraživanja bio ispitati psihometrijske karakteristike hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti (MCQ-HA) na prigodnom uzorku iz opće populacije, konkretno njegovu faktorsku strukturu, pouzdanost i konvergentnu valjanost. Rezultati ovog istraživanja dijelom su potvrdili očekivanja o faktorskoj strukturi ovoga upitnika. Nadalje, upućuju da je MCQ-HA valjana i pouzdana mjera metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti.

U pogledu faktorske strukture, čije je utvrđivanje bio prvi problem ovog istraživanja, možemo zaključiti da postoje tri faktora u podlozi ovoga upitnika koji objašnjavaju 50% njegove varijance. Svih 14 čestica bilo je značajno saturirano trima faktorima, tako da je svaka bila značajno ( $\geq .32$ ) saturirana samo jednim faktorom, čime je ostvareno načelo jednostavne strukture. Također, čestice su raspoređene po faktorima u skladu s prethodnim istraživanjima (Bailey i Wells, 2015; Dai, Bailey i Deng, 2018). Na temelju toga faktori su nazvani: 1) Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest, što se odnosi na uvjerenja da misli o bolesti mogu dovesti do negativnih zdravstvenih ishoda; 2) Uvjerenja o pristranom razmišljanju, što se odnosi na uvjerenja da razmišljanje na određeni način može izazvati bolest ili ju prevenirati; 3) Uvjerenja da su misli nekontrolabilne, što se odnosi na uvjerenja da je razmišljanje o bolesti nemoguće kontrolirati. Iako većina pokazatelja broja latentnih dimenzija pokazuje da se radi o tri faktora, s obzirom na rezultate paralelne analize, koja upućuje na postojanje četiriju latentnih faktora u podlozi ovoga upitnika, bilo je potrebno razmotriti i takvu faktorsku soluciju. Paralelna analiza pokazala se najtočnijom metodom u istraživanjima koje evaluiraju različite kriterije zadržavanja faktora (Hayton, Allen i Scarpello, 2004). Na primjer, od pet primijenjenih kriterija u istraživanju Zwicka i Velicera (1986), bila je točna u 92% slučajeva. Međutim, u istom je istraživanju pronađeno da ova metoda ima blagu tendenciju hiperfaktorizaciji u slučajevima kada je upućivala na pogrešan broj faktora, zbog čega postoji oprez pri vođenju njenim rezultatima u ovom istraživanju. Osim toga, važno je uzeti u obzir činjenicu da se ovdje radi o uzorku iz opće populacije, a instrument je razvijen s ciljem zahvaćanja metakognitivnih uvjerenja kod zdravstveno anksioznih pojedinaca. S tim na umu, postoji izvjesna mogućnost da bi na kliničkom uzorku rezultati eksploracijske faktorske analize bili jednoznačniji. Kako bismo

potvrdili bilo koji od ovih modela, potrebno je provesti konfirmacijsku faktorsku analizu koja ima za cilj ispitivanje konstruktne valjanosti instrumenta (Floyd i Widaman, 1995). Ona omogućuje testiranje modela, odnosno utvrđivanja koji model bolje pristaje podacima. Pogodna je u kasnijim fazama razvoja instrumenta i u slučajevima kada postoji jasna teorijska podloga ili empirijska potvrda u ranijim istraživanjima (Brown, 2014), pa bi buduća istraživanja ove mjere trebala uključivati i ovu metodu faktorske analize.

U teorijskom smislu, faktor Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest zahvaća uvjerenja o negativnoj ulozi brige o bolesti, točnije da je ona štetna za zdravlje. S druge strane, faktor Uvjerenja o pristranom razmišljanju obuhvaća čestice koje govore o zaštitnoj ulozi brige i negativnim posljedicama njenog izostanka, u smislu da nas ona čini pripravnijima za situacije pojave bolesti te na temelju rezultata ovog istraživanja može funkcionirati kao jedan faktor. Dakle, možemo reći da ovi faktori zahvaćaju pozitivna i negativna metakognitivna uvjerenja o ulozi brige. Bailey i Wells (2015) navode kako će kognitivni sindrom pažnje (koji prema metakognitivnom modelu poremećaja ima glavnu ulogu u njegovom razvoju) vjerojatnije biti aktiviran kod pojedinaca koji imaju pozitivna i/ili negativna uvjerenja o brizi. Pozitivna uvjerenja, (npr. "Briga će mi pomoći da na vrijeme prepoznam bolest") poticaj su za kontinuirano negativno razmišljanje, a s druge strane negativna uvjerenja o ulozi brige (npr. "Briga će dovesti do bolesti") dovode do slabije regulacije vlastitog razmišljanja ili nekih disfunkcionalnih načina njegove kontrole. U *online* istraživanju na uzorku iz opće populacije, Barenbrügge, Glöckner-Rist i Rist (2013) utvrdili su da su i pozitivna i negativna metakognitivna uvjerenja nezavisno povezana s aspektima zdravstvene anksioznosti, kao što su vjerovanja o bolesti, tjelesne tegobe i učestale konzultacije s liječnikom. Dakle, i kod pozitivnih i kod negativnih uvjerenja briga postaje sve veća i dovodi do veće emocionalne neugode i otežanog funkcioniranja. To nas dovodi do trećeg faktora ovog upitnika, Uvjerenja da su misli nekontrolabilne. Metakognitivni model predviđa najveću povezanost između katastrofične interpretacije simptoma i zdravstvene anksioznosti u prisutnosti uvjerenja o nekontrolabilnosti i opasnosti brige (Bailey i Wells, 2015). Naime, negativne misli poput "Ovo bi mogao biti rak" smatraju se uobičajenima, no način na koji se osoba poistovjećuje s njima i regulira svoju kogniciju doprinose razvoju poremećaja. Negativna metakognitivna uvjerenja ometaju

adaptivnu regulaciju brige i osoba se ne može odvojiti od repetitivnog razmišljanja, zbog čega i samo razmišljanje može djelovati štetno te biti novi povod za brigu. Dakle, osoba se brine jer se brine i teško joj je to kontrolirati, što opisuje metabrigu.

Druga važna psihometrijska karakteristika svakog instrumenta njegova je pouzdanost. U ovom radu ona je izražena Cronbachovim  $\alpha$  koeficijentom, koji se odnosi na pouzdanost unutarnje konzistencije. Računa se na temelju interkorelacija čestica. Općeprihvaćena je konvencija da se instrumenti čiji je Cronbach  $\alpha$  koeficijent iznad .90 smatraju vrlo visoko pouzdanima, oni iznad .80 visoko pouzdanima, a iznad .70 zadovoljavajuće pouzdanima (Bukvić, 1982; prema Šepec, 2007). Prema tome, MCQ-HA pokazao se visoko pouzdanim instrumentom, s koeficijentom pouzdanosti .86 za ukupan rezultat i podljestvicu "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest" te .81 za podljestvicu "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne". Tek podljestvica "Uvjerenja o pristranom razmišljanju" postiže nešto niži koeficijent pouzdanosti, .76, no i on je zadovoljavajući te može upućivati na to da se zaista radi o jednom faktoru. U originalnom istraživanju Baileya i Wellsa (2015) ti su koeficijenti bili .89 za ukupni rezultat, .78 za podljestvicu "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest", .81 za podljestvicu "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne" te .83 za "Uvjerenja o pristranom razmišljanju". Rezultati istraživanja na talijanskom kliničkom uzorku (Melli, Bailey, Carraresi i Poli, 2018) također govore o zadovoljavajućoj unutarnjoj konzistenciji toga prijevoda: za podljestvicu "Uvjerenja o pristranom razmišljanju" ona je iznosila .82, za podljestvicu "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest" .79, a za podljestvicu "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne" .77. Dai, Bailey i Deng (2018) izvještavaju o zadovoljavajućim do visokim koeficijentima unutarnje pouzdanosti: za ukupni rezultat .81, za podljestvicu "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest" .76, za podljestvicu "Uvjerenja o pristranom razmišljanju" .72 te za podljestvicu "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne" .68. U tom istraživanju izračunati su i koeficijenti test-retest pouzdanosti koji su bili od prosječnih do umjerenih: .70 za ukupni rezultat, .63 za podljestvicu "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest", .52 za podljestvicu "Uvjerenja o pristranom razmišljanju" te .59 za podljestvicu "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne". Koeficijenti unutarnje konzistencije govore u prilog tome da je MCQ-HA zadovoljavajuće pouzdana mjera, a njezina test-retest pouzdanost trebala bi biti predmet budućih istraživanja.

MCQ-HA je značajno povezan s mjerama zdravstvene anksioznosti, anksiozne osjetljivosti, cyberhondrije i netolerancije na neizvjesnost, što upućuje na njegovu konvergentnu valjanost na ovom uzorku. Sve su opažene korelacije pozitivne, odnosno izraženija metakognitivna uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti povezana su s višim razinama zdravstvene anksioznosti, cyberhondrije, tjelesnih, psihičkih i socijalnih briga kao dimenzija anksiozne osjetljivosti te prospektivne i inhibicijske anksioznosti kao dimenzija netolerancije na neizvjesnost. Ako pogledamo povezanosti dimenzija MCQ-HA s ostalim varijablama, možemo primijetiti da faktor "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest" ima skromnije veličine korelacija s njima. Podljestvica "Uvjerenja o pristranom razmišljanju" ima niske do umjerene, a podljestvica "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne" umjerene do visoke korelacije. Moguće objašnjenje jest da pojedinci s izraženom zdravstvenom anksioznošću, cyberhondrijom te ostalim srodnim smetnjama iz anksioznog kruga, poput anksiozne osjetljivosti i niske tolerancije na neizvjesnost, primarno vjeruju u pozitivnu ulogu brige jer ih ona štiti i priprema na najgori ishod, kao i u to da nemaju kapacitete za njezinu kontrolu, a tek povremeno se zabrinu za utjecaj same brige na njihovo zdravlje. Na temelju navedenog možemo reći da je vjerovanje da misli o bolesti nije moguće kontrolirati najviše povezano s neadaptivnim obrascima zdravstvene anksioznosti i cyberhondrije u ovom uzorku. U dosadašnjim istraživanjima ovog modela, upravo je faktor Uvjerenja da su misli nekontrolabilne imao značajnu ulogu u predikciji zdravstvene anksioznosti i cyberhondrije povrh varijabli kao što su anksiozna osjetljivost i tolerancija na neizvjesnost (Fergus i Spada, 2017; Melli, Bailey, Carraresi i Poli, 2018). Ove bi korelacije potencijalno bile više na kliničkom uzorku osoba s izraženom zdravstvenom anksioznošću, pa bi konvergentna valjanost na takvom uzorku svakako trebala biti provjerena u budućim istraživanjima.

#### *Metolodoška ograničenja i preporuke za buduća istraživanja*

Provedeno istraživanje ima određena ograničenja i nedostatke koje je potrebno navesti. Prije svega, u pogledu vanjske valjanosti, odnosno mogućnosti generalizacije rezultata ovog istraživanja, jedno od ograničenja svakako je korišteni uzorak. Radi se o prigodnom uzorku koji je prikupljen *online*, metodom snježne grude. Iako postoje određene prednosti ovakvog načina, kao što je mogućnost prikupljanja velikog broja

podataka u relativno kratkom vremenskom roku, prisutni su i nedostaci. Prije svega, sudionici su većinom bili mladi ljudi, što se vidi iz asimetričnosti dobne distribucije. Također, metoda snježne grude može pogodovati samoselekciji ispitanika tako da će sudionici koji imaju veći interes za ovu temu biti skloniji ispuniti upitnik. Nadalje, tema se odnosila i na korištenje modernih tehnologija, pa je vjerojatnije da će njihovi korisnici biti motiviraniji za sudjelovanje, a to su mladi i visokoobrazovani ljudi. Osim toga, veliki dio uzorka čine žene. Prema nekim istraživanjima, kod njih je izraženija zdravstvena anksioznost (Lagoe i Atkin, 2015), pa je i iz tog razloga upitno koliko su rezultati ovog istraživanja reprezentativni za populaciju. Uz to, određeni dio sudionika nije dao odgovore na sva pitanja u upitniku, možda zbog njegove duljine, što je nedostatak koji se mogao odraziti u rezultatima. Primjerice, postoji statistički značajna razlika u dobi ( $M_{uk} = 29.23$ ,  $M_{missing} = 24.85$ ;  $t(517) = 5.53$ ;  $p < .01$ ), stupnju obrazovanja ( $M_{uk} = 3.52$ ,  $M_{missing} = 3.08$ ;  $t(517) = 2.57$ ;  $p < .05$ ) i partnerskom statusu ( $M_{uk} = 1.87$ ,  $M_{missing} = 1.61$ ;  $t(517) = 2.46$ ;  $p < .05$ ) između sudionika koji su dali sve odgovore i onih koji to nisu, u smjeru da su potonji bili mlađi, imali završen niži stupanj obrazovanja te u manjoj mjeri bili u braku, rastavljeni ili udovci. Stupanj obrazovanja, kao i partnerski status može biti povezan s dobi, što upućuje na zaključak da su mlađi sudionici možda češće odustajali od ispunjavanja upitnika. Iz svega navedenog proizlazi kako bi u budućim istraživanjima trebalo obuhvatiti što reprezentativniji uzorak, s ciljem poboljšanja vanjske valjanosti istraživanja.

Što se tiče same faktorske strukture, iako trofaktorska solucija djeluje interpretabilnije, potrebno je konfirmacijskom faktorskom analizom detaljnije utvrditi pristaje li podacima bolje trofaktorski ili četverofaktorski model. Nadalje, bilo bi korisno provjeriti i test-retest pouzdanost upitnika kako bi se utvrdila njegova stabilnost u vremenu, kao i povezanost s drugim sličnim varijablama, poput Upitnika metakognitivnih vjerovanja (MCQ). Kako je ranije spomenuto, potrebno je validirati MCQ-HA na kliničkom uzorku osoba s izraženom zdravstvenom anksioznošću te rezultate usporediti s nekliničkim uzorkom. Uz to, bilo bi dobro i odrediti granične rezultate koji bi vrijedili za našu populaciju.

### *Praktične implikacije*

Ovo istraživanje prvo je istraživanje psihometrijskih karakteristika hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti. Rezultati su pokazali da se radi o pouzdanom i valjanom instrumentu. Naši nalazi upućuju na to da postoje specifična metakognitivna uvjerenja povezana sa zdravstvenom anksioznošću. U skladu s time, ovo istraživanje može biti poticaj za daljnju validaciju ovoga upitnika kako bi se potvrdila njegova primjenjivost i korisnost. Instrument je kratak i zadovoljavajućih metrijskih karakteristika, pa ima potencijal za primjenu u kliničkoj praksi u vidu pojašnjavanja uloge metakognicija kod zdravstvene anksioznosti i planiranja tretmana shodno tome. Prema metakognitivnom modelu, emocionalne poremećaje potrebno je konceptualizirati u terminima interakcije različitih razina kognicije (Matthews i Wells, 2014). Pacijente bi trebalo potaknuti na razvoj metakognitivne svjesnosti i naučiti kako da obrađuju informacije na adaptivniji način, primjerice kroz tehniku usredotočene svjesnosti (engl. *mindfulness*). U tom smislu ovaj upitnik može poslužiti u svrhu određivanja problematičnih navika u obradi informacija, što je početni korak u njihovoj modifikaciji.

Općenito možemo zaključiti da se MCQ-HA pokazao obećavajućim instrumentom na našem uzorku za primjenu kako u istraživačke, tako i u kliničke svrhe.

## ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je provjeriti psihometrijske karakteristike hrvatskoga prijevoda Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti. Rezultati su djelomično potvrdili naša očekivanja o trofaktorskoj strukturi MCQ-HA-a. Dobiveni su faktori koji su nazvani: "Uvjerenja da misli mogu izazvati bolest", "Uvjerenja o pristranom razmišljanju" te "Uvjerenja da su misli nekontrolabilne". Faktori su međusobno umjereno do visoko povezani. Utvrđena je zadovoljavajuće visoka pouzdanost unutarnje konzistencije cjelokupnog upitnika te njegovih podljestvica. Na temelju povezanosti s mjerama zdravstvene anksioznosti, anksiozne osjetljivosti, cyberhondrije i netolerancije na neizvjesnost, možemo reći da ovaj upitnik ima i zadovoljavajuću konvergentnu valjanost. Ovaj rad prva je psihometrijska validacija MCQ-HA-a u Hrvatskoj, a rezultati su ukazali na zadovoljavajuće metrijske karakteristike, čime je otvoren pristup za primjenu novog instrumenta u istraživanjima i kliničkoj praksi. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se provjerila stabilnost rezultata ovog istraživanja te omogućila njihova generalizacija na kliničku i nekliničku populaciju.



## LITERATURA

- Aboujaoude, E. i Starcevic, V. (Ur.). (2015). *Mental health in the digital age: grave dangers, great promise*. Oxford University Press.
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A. i Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current psychiatry reports*, 12(4), 306-312.
- Bailey, R. i Wells, A. (2015). Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. *Psychiatry research*, 230(3), 871-877.
- Bailey, R. i Wells, A. (2013). Does metacognition make a unique contribution to health anxiety when controlling for neuroticism, illness cognition, and somatosensory amplification. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 327-337.
- Barenbrügge, J., Glöckner-Rist, A. i Rist, F. (2013). Positive und negative Metakognitionen über Krankheitssorgen. *Psychotherapeut*, 58(6), 560-568.
- Barić, H. (2011). *Zabrinutost za zdravlje među studentima medicine: ovisnost o fazi studija*. Neobjavljeni rad. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu.
- Barnard, P. i Teasdale, J. (2014). *Affect, cognition and change: Re-modelling depressive thought*. Psychology Press.
- Baumgartner, S. E. i Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14, 613–618.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Bennett, H. i Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 318-325.
- Bouman, T.K. i Meijer, K.J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 96–101.
- Brown, T. A. (2014). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.
- Carleton, R. N., Sharpe, D. i Asmundson, G. J. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307-2316.
- Cartwright-Hatton, S. i Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.
- Costello, A. B. i Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research and Evaluation*, 10(7), 1–9.

- Dai, L., Bailey, R. i Deng, Y. (2018). The reliability and validity of the Chinese version of the Metacognitions about Health Questionnaire in college students. *Quality of Life Research*, 27(4), 1099-1108.
- Davison, G.C. i Neale, M.N. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Efklides, A. (2008). Metacognition: Defining its facets and levels of functioning in relation to self-and co-regulation. *European Psychologist*, 13, 277-287.
- Fergus, T. A. (2013). Cyberchondria and intolerance of uncertainty: examining when individuals experience health anxiety in response to Internet searches for medical information. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(10), 735-739.
- Fergus, T. A. i Spada, M. M. (2017). Cyberchondria: Examining relations with problematic Internet use and metacognitive beliefs. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 1322-1330.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Floyd, F. J. i Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment*, 7(3), 286-299.
- Freeston, M., Rhe'aume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. i Ladoucer, R. (1994). Why do people worry? *Personality & Individual Differences*, 17, 791-802.
- Gureje, O., Üstün, T. B. i Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 27 (5), 1001-1010.
- Gwilliam, P., Wells, A. i Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 137-144.
- Hayton, J. C., Allen, D. G. i Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational research methods*, 7(2), 191-205.
- Henson, R. K. i Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393-416.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185.
- Jokić-Begić, N., Mikac, U., Čuržik, D. i Sangster Jokić, C. (2017). *The Development of the short cyberchondia scale*. Neobjavljeni rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Jones, S. L., Hadjistavropoulos, H. D. i Gullickson, K. (2014). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 525-535.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36.
- Kaur, A., Butow, P. i Thewes, B. (2011). Do metacognitions predict attentional bias in health anxiety? *Cognitive Therapy and Research*, 35, 575-580.

- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Kolesarić, V. i Milić, M. (2014). Promjene metakognitivnih procesa (zabrinjavajućih misli) u studentskoj populaciji utvrđene" Upitnikom metakognicije". *Suvremena psihologija*, 17(2), 167-180.
- Lagoë, C. i Atkin, D. (2015). Health anxiety in the digital age: An exploration of psychological determinants of online health information seeking. *Computers in Human Behavior*, 52, 484-491.
- Lucock, M.P. i Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 137-150.
- Marković, L. (2010). *Povezanost pozitivnog i negativnog perfekcionizma i netolerancije neizvjesnosti*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Mathews, A. i MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 563-569.
- Matthews, G. i Wells, A. (2014). *Attention and emotion (Classic edition): A clinical perspective*. Psychology Press.
- Melli, G., Bailey, R., Carraresi, C. i Poli, A. (2018). Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 263-271.
- Moses, L.J. i Biard, J.A. (1999). Metacognition. U R.A. Wilson i F.C. Keil (Ur.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences* (str. 533-535). Cambridge: MIT Press.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B. i Williams, J. M. G. (2012). Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 189-196.
- Nelson, T. O., Kruglanski, A. W. i Jost, J. T. (1998). Knowing thyself and others: Progress in metacognitive social psychology. U Yzerbyt, V. Y., Lories, G. i Dardenne, B. (Ur.). (1998). *Metacognition: Cognitive and social dimensions* (str.66-89). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Nelson, T.O. i Narens, L. (1994). Why investigate metacognition? U J. Metcalfe i A. Shimamura (Ur.), *Metacognition: Knowing about knowing* (str. 1-25). Cambridge, MA: MIT.
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32, 396-402.
- Papageorgiou, C. i Wells, A. (2009). A prospective test of the clinical metacognitive model of rumination and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 123-131.
- Prochaska, J. O. i Norcross, J. C. (1983). Psychotherapists' perspectives on treating themselves and their clients for psychic distress. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(5), 642.

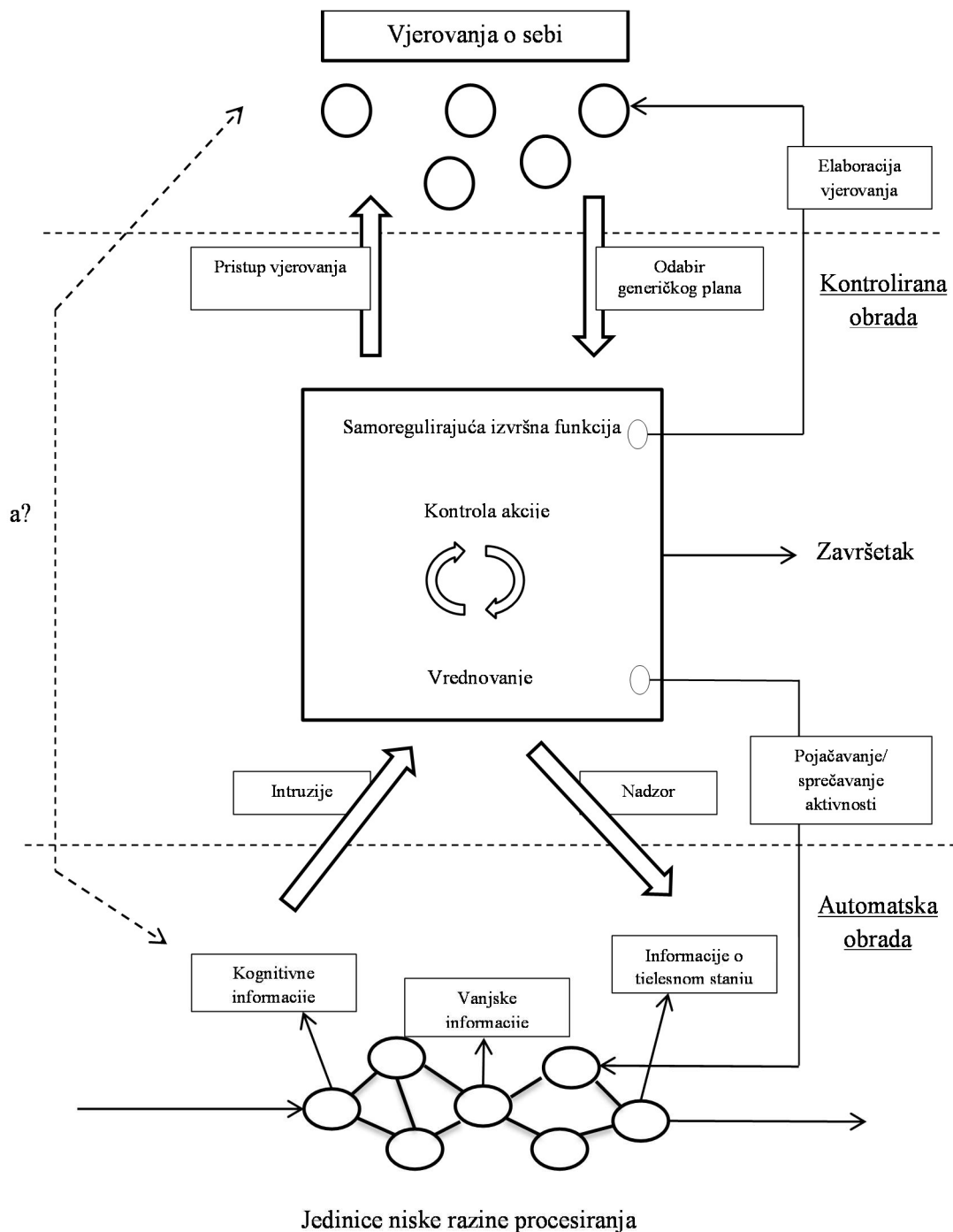
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. i McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Salkovskis, P. M. i Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24(5), 597-602.
- Schwarz, N. i Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 513-523.
- Sherman, M. D. i Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional psychology: Research and practice*, 29(1), 79.
- Snook, S. C. i Gorsuch, R. L. (1989). Component Analysis Versus Common Factor-Analysis – a Monte-Carlo Study. *Psychological Bulletin*, 106(1), 148-154.
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 129-133.
- Starcevic, V. i Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.
- Šepec, T. (2007). *Provjera nekih psihometrijskih karakteristika tri testa sposobnosti DAT baterije u selekcijskoj proceduri*. Diplomski rad. Filozofski fakultet, Zagreb.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Holaway, R.M., Stewart, S.H., Eng, W., Arrindell, W.A., Abramowitz, J.S., Sandin, B., Coles, M., Daly, E.S., Bouvard, M., Cardenas, S.J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 19(2), 176.
- Taylor, S. i Asmundson, G. J. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.
- te Poel, F., Baumgartner, S. E., Hartmann, T. i Tanis, M. (2016). The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *Journal of anxiety disorders*, 43, 32-40.
- Tremac Pavelić, A. (2018). *Provjera psihometrijskih karakteristika ASI-3 upitnika na uzorku psihijatrijskih bolesnika*. Neobjavljeni rad. Neuropsihijatrijska bolnica "Dr Ivan Barbot", Popovača, Hrvatska.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., Salkovskis, P., Smith, G., Wang, D., Bhogal, S., Keeling, M., Loebenberg, G., Seivewright, R., Walker, G., Cooper, F., Evered, R., Kings, S., Kramo, K., McNulty, A., Nagar, J., Reid, S., Sanatinia, R., Sinclair, J., Trevor, D., Watson, C. i Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(6), 392-394.
- Warwick, H. M. i Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 105-117.

- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (1991). Effects of dispositional self-focus, appraisal and attention instructions on responses to a threatening stimulus. *Anxiety Research*, 3(4), 291-301.
- Wells, A. i Cartwright-Hatton, (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A. i Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: Content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 265-273.
- Wells, A. i Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-888.
- Wells, A. i Matthews, G. (1994). Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition & Emotion*, 8(3), 279-295.
- Widenfelt, B. M., Treffers, P. D. A., de Beurs Siebelink, B. M. i Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 135-147.
- Zwick, W. R. i Velicer, W. F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99(3), 432.
- Živčić-Bećirević, I., Juretić, J. i Miljević, M. (2009). Uloga metakognitivnih vjerovanja, automatskih misli za vrijeme učenja i atribucija uspjeha u objašnjenju ispitne anksioznosti i akademskoga uspjeha studenata. *Psihologijske teme*, 18(1), 119-136.

## PRILOZI

### Prilog A

#### Grafički prikaz Wellsovog metakognitivnog modela



Slika 1. Prikaz Wellsovog metakognitivnog modela emocionalnog poremećaja

Legenda: *a?* – potencijalni izravni utjecaj podražaja na vjerovanja o sebi i obrnuto

## *Prilog B*

Hrvatski prijevod Upitnika metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti

### **Upitnik metakognitivnih uvjerenja o zdravstvenoj anksioznosti: MCQ-HA**

Ovaj upitnik bavi se uvjerenjima koje ljudi imaju kad razmišljaju o svojem zdravlju. Molim Vas da pročitate svaku tvrdnju i utvrdite koliko se općenito slažete s njom, tako što ćete zaokružiti prikladnu brojku. Molim Vas da odgovorite na svaku tvrdnju. Ne postoje točni ili netočni odgovori.

1. Razmišljanje o bolesti moglo bi promijeniti moje zdravlje.

1      2      3      4

2. Ne mogu se smiriti dokle god imam tjelesne simptome.

1      2      3      4

3. Bit ću kažnjen/a što mislim da sam dobroga zdravlja.

1      2      3      4

4. Negativno razmišljanje može povećati izgleda da se razbolim.

1      2      3      4

5. Briga o bolesti vjerojatno će je uzrokovati.

1      2      3      4

6. Neke misli imaju moć učiniti me bolesnim/om.

1      2      3      4

7. Ne mogu kontrolirati neprekidno razmišljanje o bolesti.

1      2      3      4

8. Razmišljam li o najgorem ishodu simptoma, bit ću zaštićen/a.

1      2      3      4

9. Zabrinutost za zdravlje naštetit će mojem tijelu.

1      2      3      4

10. Razmišljam li pozitivno o svojim tjelesnim simptomima, neću biti pripremljen/a na bolest.

1      2      3      4

11. Budem li zabrinut/a za zdravlje, moći ću se nositi s mogućom bolešću.

1      2      3      4

12. Ne mogu kontrolirati razmišljanje o svojem zdravlju.

1      2      3      4

13. Tek kad dobijem dijagnozu, moći ću se prestati brinuti.

1      2      3      4

14. Pozitivno razmišljanje o mojem zdravlju izazvat će sudbinu i ja ću se razboljeti.

1      2      3      4

skala odgovora: 1      ne slažem se  
2      donekle se slažem  
3      umjereno se slažem  
4      izrazito se slažem



*Prilog C*

Matrica faktorskog obrasca nakon provedene eksploracijske faktorske analize metodom zajedničkih faktora sa zadanim brojem faktora 4 i rotacije promax (N=441)

Čestica	Faktor			
	1	2	3	4
1. Razmišljanje o bolesti moglo bi promijeniti moje zdravlje.	<b>.560</b>	.135	-.001	.040
4. Negativno razmišljanje može povećati izgleda da se razbolim.	<b>.862</b>	-.011	-.062	.048
5. Briga o bolesti vjerojatno će je uzrokovati.	<b>.842</b>	-.096	-.006	.026
6. Neke misli imaju moć učiniti me bolesnim/om.	<b>.784</b>	-.001	-.030	-.018
9. Zabrinutost za zdravlje naštetit će mojemu tijelu.	<b>.634</b>	.035	.121	-.129
2. Ne mogu se smiriti dokle god imam tjelesne simptome.	.055	<b>.703</b>	-.086	.091
7. Ne mogu kontrolirati neprekidno razmišljanje o bolesti.	.045	<b>.788</b>	.113	-.129
12. Ne mogu kontrolirati razmišljanje o svojem zdravlju.	-.052	<b>.843</b>	-.004	-.026
13. Tek kad dobijem dijagnozu, moći ću se prestati brinuti.	-.032	<b>.536</b>	.002	.144
3. Bit ću kažnjen/a što mislim da sam dobroga zdravlja.	.039	.026	<b>.580</b>	-.022

8. Razmišljam li o najgorem ishodu simptoma bit ću zaštićen/a.	.003	.043	<b>.517</b>	.213
14. Pozitivno razmišljanje o mojem zdravlju izazvat će sudbinu i ja ću se razboljeti.	-.037	-.017	<b>.782</b>	-.108
10. Razmišljam li pozitivno o svojim tjelesnim simptomima, neću biti pripremljen/a na bolest.	.044	-.009	<b>.361</b>	<b>.402</b>
11. Budem li zabrinut/a za zdravlje, moći ću se nositi se s mogućom bolešću.	-.030	.035	-.058	<b>.908</b>

---

*Napomena:* značajne su saturacije ( $\geq .32$ ) podebljane.